UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 66

FACULTÉ DE MÉDECINE

7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INCONTINENCE D'URINE CHEZ LA FEMME

THÈSE

résentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juin 1913

PAR

Georges TARRAL

Né à Béziers, le 9 janvier 1888

Ancien interne des hôpitaux de Béziers

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 19
LIBRARY

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	SARDA, *Président.* VIRES, Professeur. SOUBEYRAN, Agrégé. EUZIÈRE, Agrégé.	*Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INCONTINENCE D'URINE

CHEZ LA FEMME

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 66

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INCONTINENCE D'URINE CHEZ LA FEMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juin 1913

PAR

Georges TARRAL

Né à Béziers, le 9 janvier 1888

Ancien interne des hôpitaux de Béziers

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse: SARDA, *Président.* VIRES, Professeur. SOUBEYRAN, Agrégé. EUZIÈRE, Agrégé. *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone: 8-78

1913

LIBRARY

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. SARDA, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
VIRES, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

MEIS ET AMICIS

G. TARRAL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

G. TARRAL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

Inspirateur de ce modeste travail.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

G. TARRAL.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INCONTINENCE D'URINE

CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

Amené par l'observation de cas cliniques à étudier certaines variétés d'incontinence d'urine chez la femme, nous devons, avant d'entrer dans cette étude, indiquer d'une façon précise le genre d'incontinence que nous avons en vue.

L'incontinence d'urine est une affection extrêmement commune dans le sexe féminin et elle se présente sous des aspects tellement variables qu'il est de toute nécessité de faire une classification parmi tous les cas que l'on peut rencontrer.

Une première variété d'incontinence a une pathogénie très mal définie : elle est due à des troubles nerveux dont on ne peut fixer l'origine la plupart du temps. Pas de lésions du côté de l'urètre, rien le plus souvent

du côté des organes génitaux, elle constitue un trouble nerveux d'ordre psychopathique ; c'est là un premier groupe qu'il est nécessaire d'isoler et qui depuis longtemps a été étudié tant au point de vue de sa symptomatologie que de sa pathogénie et de son traitement.

A côté de cette incontinence que n'expliquent aucune lésion ni aucun trouble bien déterminé, on rencontre chez d'autres malades une incontinence qui coexiste tantôt avec des lésions traumatiques ou non de l'urètre, tantôt avec des déplacements du vagin, de l'utérus ou de la vessie.

Et ce sont ces variétés particulières d'incontinence urétrale que nous avons l'intention d'étudier dans ce travail, car nous avons pensé qu'il y avait là matière à une étude un peu complète ; c'est ainsi que nous avons eu l'idée de cette thèse.

Toutefois, avant d'entrer dans notre sujet, étant donné la multiplicité des facteurs étiologiques qui régissent l'incontinence d'urine chez la femme, nous essayerons de faire très succinctement une classification de tous les cas que l'on peut rencontrer.

CLASSIFICATION GÉNÉRALE DES INCONTINENCES D'URINE CHEZ LA FEMME

L'incontinence d'urine n'est qu'un symptôme, symptôme lié à des affections très diverses. On ne saurait présenter une étude abstraite de l'incontinence. Pour saisir la valeur clinique de ce symptôme, pour établir son traitement, il faut diviser le sujet en un certain nombre de groupes.

Nous diviserons d'abord les incontinences en deux grands groupes :

1° Les *incontinences vraies ;*

2° Les *fausses incontinences.*

Pour définir brièvement ces deux variétés d'incontinences, nous dirons que, pour qu'il y ait *incontinence vraie*, il faut que le besoin d'uriner ne soit pas perçu ; dans la *fausse incontinence*, au contraire, les malades urinent aussi malgré eux, mais « ils perçoivent le besoin d'uriner ».

Voilà donc tout d'abord deux grands groupes d'incontinences ; mais, dans ce premier groupe d'*incontinences*

vraies, nous devons établir des divisions et des subdivisions.

C'est pourquoi nous avons cru plus simple de présenter cette classification sous forme de tableau, afin qu'il soit plus facile de se rendre compte de l'ensemble et des détails de cette vaste question :

- **Incontinence**
  - **Vraie**
    - *Sans lésion matérielle des voies urinaires*
      - 1. Incontinence par lésion nerveuse.
      - 2. Incontinence dans les affections nerveuses.
      - *Incontinence essentielle.*
    - *Avec lésion matérielle des voies urinaires*
      - 1. Incontinence mécanique.
      - 2. Incontinence chez les tuberculeux.
      - 3. *Incontinence urétrale.*
        - *a*) Traumatique.
        - *b*) Dans les prolapsus.
  - **Fausse**

Comme nous l'avons déjà dit dans notre introduction nous ne nous occuperons ici que de certaines variétés d'incontinences bien spéciales. Nous étudierons d'abord: *les incontinences urétrales traumatiques ;* ensuite *les incontinences urétrales par prolapus,* sur lesquelles nous nous appesantirons un peu plus.

I. — Incontinence d'urine d'origine traumatique

L'urètre chez la femme concourt, par la contractilité des fibres musculaires de son sphincter et l'élasticité de

ses parois, à la rétention normale des urines dans la vessie.

Toutes les fois que cette élasticité sera forcée ou aura disparu, toutes les fois que le sphincter urétro-vésical sera déchiré, dégénéré ou détruit, le canal restera béant et l'incontinence, une *incontinence par insuffisance urétrale*, sera constituée.

a) *Le traumatisme peut avoir porté sur la « face interne » de l'urètre* (ce que l'on rencontre particulièrement dans divers cas de dilatation urétrale). Cette dilatation de l'urètre peut être pathologique, produite par le passage d'un corps étranger, d'une tumeur, d'un calcul. L'urètre de la femme étant un canal qui présente peu de résistance à la dilatation, surtout lorsqu'elle se fait progressivement de la vessie vers l'extérieur, on conçoit qu'un corps siégeant primitivement à l'intérieur de la cavité vésicale puisse s'engager dans l'urètre sous l'influence de la pression des parois de la vessie. Si ce corps est volumineux, s'il met un certain temps à être expulsé, s'il présente des aspérités qui traumatisent la surface interne du canal, il s'ensuit parfois des lésions assez graves.

Une tumeur vésicale peut ainsi s'introduire dans l'urètre à la condition qu'elle soit pédiculée et que son point d'attache soit voisin du col. Si elle reste un certain temps à le dilater, elle produit une incontinence qui peut persister même après son élimination complète. De même on a vu des calculs s'engager spontanément dans l'urètre et y rester un certain temps avant d'être expulsés au dehors. La paroi urétrale dans ces conditions est lésée à différentes hauteurs et, d'après le siège de la lésion, l'incontinence sera ou non persistante.

Si au contraire la pierre s'arrête au niveau même du

sphincter vésical, elle y détermine, surtout lorsque sa surface est irrégulière, des lésions graves qui persisteront longtemps et seront la cause d'une incontinence totale.

A côté de cette dilatation pathologique de l'urètre on doit aussi incriminer souvent la dilatation chirurgicale, dilatation chirurgicale qui est faite soit pour permettre l'extraction du corps étranger, soit pour permettre de pratiquer le toucher vésical au cours des affections urinaires ou gynécologiques.

Mais, dans tous ces cas de dilatation, il est souvent bien difficile de dire quelles sont les lésions exactes auxquelles on doit incriminer l'incontinence.

b) Mais, au lieu de porter sur la *face interne*, le traumatisme peut porter sur la *paroi vaginale* de l'urètre et nous devons alors étudier :

1° L'incontinence consécutive à l'accouchement;

2° L'incontinence consécutive à la taille urétrale.

1° Incontinence consécutive à l'accouchement

Elle se produit dans plusieurs circonstances :

Tout d'abord le col de la vessie peut être plus ou moins violemment contusionné par des instruments ou des manœuvres manuelles au cours d'accouchement laborieux.

Même au cours d'un accouchement normal, il arrive que, lorsque cet accouchement se fait rapidement, la tête du fœtus comprime (la vessie étant vide) la paroi vésicale contre le pubis. C'est surtout la moitié inférieure de la vessie qui est atteinte dans ce cas. Il s'ensuit parfois des froissements plus ou moins marqués

de la couche musculaire, et le muscle vésical se contracte par la suite moins facilement, d'où l'apparition de phénomènes variables suivant le point contusionné : on observera alors une incontinence (passagère le plus souvent), si la compression s'est faite au niveau du col.

Mais les lésions peuvent être plus graves lorsque l'accouchement est quelque peu dystocique ou long à se terminer.

L'étroitesse du vagin, le volume exagéré de la tête fœtale, le séjour prolongé de cette dernière dans l'excavation, constituent les principales causes de lésions plus ou moins accentuées de l'urètre.

L'urètre n'est pas un simple conduit vecteur, il joue également un rôle, grâce à l'élasticité de ses parois et à la contractilité de sa muqueuse, dans la force sphinctérielle vésicale.

Il suffit donc qu'une compression exagérée et prolongée traumatise ou paralyse ces fibres musculaires élastiques, pour que la vessie ne soit plus close du côté de l'urètre et que les urines trouvent libre écoulement. Les tissus urétraux subissent ce phénomène traumatique pendant l'engagement, le dégagement et principalement le séjour exagéré de la tête fœtale dans l'excavation.

Dans le cas où cette contusion est peu marquée, elle ne causera qu'une simple paralysie des fibres élastiques et l'incontinence ne sera que passagère. Au contraire, une contusion profonde donnera lieu à des ruptures interstitielles, à la dégénérescence des mêmes fibres et une incontinence durable en sera la conséquence.

Les lésions traumatiques de l'urètre sont instrumentales ou manuelles.

L'application du forceps n'est point une opération dangereuse pour l'urètre lorsque cette application est faite tempestivement et dans de bonnes conditions ; mais, lorsque le forceps est employé dans des conditions déplorables, les tissus déjà ramollis et friables du septum urétro-vaginal peuvent s'introduire entre l'instrument et la tête fœtale à travers les fenêtres des cuillers, et il suffit alors de faire subir à ces dernières le moindre mouvement de rotation ou de traction pour que lesdits tissus se laissent déchirer en totalité ou en partie. Une branche de forceps, lorsqu'elle est longtemps maintenue en place, peut donner lieu aussi à des lésions parfois compliquées. Celles-ci résultent alors non d'un traumatisme direct, mais d'une nécrose du septum urétro-vaginal due à la compression trop prolongée de cette branche.

Dans la symphyséotomie, le canal de l'urètre est rarement lésé. Dans la plupart des cas, les déchires occasionnées par cette opération sont longitudinales, se localisent de préférence aux côtés du canal et tendent à l'isoler. Alors les filets nerveux seuls sont détruits et la destruction est plutôt fonctionnelle que morphologique. Cependant on a cité quelques cas dans lesquels, la déchirure étant transversale, l'urètre était intéressé.

La basiotripsie expose à des lésions de la cloison urétro-vaginale si le perforateur glisse sur la tête fœtale ou encore si malencontreusement il attaque directement cette cloison.

Au cours de cette opération, la paroi postérieure de l'urètre est menacée également par des esquilles osseuses qui font parfois hernie à travers le cuir chevelu.

De même, dans les cas où l'embryotomie est indiquée,

l'introduction et la manipulation maladroite des instruments expose à des dangers la paroi postérieure de l'urètre, sans compter que celle-ci est également menacée par les aiguilles osseuses provenant des sections costales, si l'embryotomie porte sur le tronc.

Telles sont les principales interventions instrumentales qui peuvent provoquer des lésions plus ou moins prononcées des parois urétrales.

Disons enfin que l'on peut résumer les lésions obstétricales en deux groupes : contusions et paralysies peu marquées, amenant une incontinence passagère ; contusions profondes et ruptures interstitielles amenant une incontinence durable. Nous rapportons ici plusieurs observations d'incontinence d'origine obstétricales.

Observation I

(Duret. — Résumée)

Personne opérée pour une fistule vésico-vaginale. Elle quitte l'hôpital incomplètement guérie, car la réunion par première intention n'a pas été obtenue sur toute l'étendue des faces avivées.

Elle revient consulter pour une incontinence d'urine qui se produit dans la station verticale ou après un effort. Cependant la cicatrisation de la fistule est complète et l'injection de lait dans la vessie n'est pas

suivie de l'issue de ce liquide par le vagin. La cause de cette incontinence doit donc être recherchée dans une insuffisance du sphincter.

Observation II

(Bechardergue-Lagrèze. — Th. Paris, 1886)

Incontinence d'urine consécutive à l'accouchement

Mme X..., 40 ans, primipare, à terme, grossesse bonne, enfant vivant en présentation O. I. G. A. Saillie anormale de l'articulation sacro-coccygienne, formant une sorte de barre transversale, empêchant la tête de s'engager complètement et d'appuyer sur le périnée. Application de forceps. Les deux premiers jours, la malade ne peut uriner spontanément, on est obligé de la sonder. Ensuite la malade urine volontairement, mais dans les intervalles elle se sent souvent mouillée dans son lit.

Vers le 15me jour, la malade commence à se lever, elle s'aperçoit alors que son urine s'échappe involontairement à l'occasion de la marche et des moindres efforts. Un examen minutieux ne révèle aucune solution de continuité des cloisons vésico-vaginale ni urétro-vaginale. Deux mois après, l'incontinence tend à disparaître et ne se manifeste plus qu'après la marche.

2° Incontinence d'urine consécutive à la taille urétrale

Après la taille urétrale on a souvent observé une incontinence persistante. Le mécanisme en est facile à comprendre : l'incision du sphincter, alors même que la suture immédiate a pu réussir, laisse après la fermeture de la plaie une transformation cicatricielle qui empêche ou diminue singulièrement la fonction du muscle sectionné.

Ajoutons qu'à l'action de l'instrument tranchant peuvent se joindre les désordres provoqués par le passage d'une pierre souvent très volumineuse. Les observations d'incontinence de ce genre sont nombreuses.

Pépin, dans sa thèse, a rapporté que Hybord l'avait noté 5 fois sur 25 cas et Rogie 2 fois sur 8 observations.

Souvent momentanée, l'incontinence persistait dans un certain nombre de cas à l'état d'infirmité définitive.

Les deux observations suivantes en sont des exemples très nets :

Observation III

(Rogie. — Thèse de Paris. — Résumée)

T. Anger a opéré par la taille urétrale une jeune fille de 18 ans pour un volumineux calcul vésical. Il a fallu faire, après chloroformisation, une longue incision avec

le bistouri boutonné, ce qui donna lieu à un écoulement sanguin considérable. La malade gérit, mais conserva une incontinence d'urine.

Observation IV

M. Verneuil, à la même séance de la Société de chirurgie (7 mars 1877), cite l'exemple d'une jeune fille à laquelle on pratiqua sans succès la taille urétrale. La taille sus-pubienne permit d'extraire le calcul ; la malade guérit mais il est resté une incontinence d'urine causée par l'incision de l'urètre.

Nous en avons maintenant fini avec les insuffisances d'origine traumatique. Nous avons déjà dit que l'incontinence d'urine urétrale reconnaissait deux grands facteurs étiologiques :

Le traumatisme (obstétrical ou opératoire) et le prolapsus génital que nous allons étudier.

Il nous resterait cependant à parler d'une variété d'incontinence urétrale que l'on désigne sous le nom « d'incontinence spontanée », mais nous n'en parlerons que pour mémoire, car on ne sait encore rien de précis ni sur sa pathogénie, ni sur son traitement.

II. — L'incontinence d'urine dans le prolapsus

Bien que connue de tous les chirurgiens, cette incontinence, liée au prolapsus génital, a donné lieu à de nombreuses discussions au sujet de sa pathogénie et du

traitement qui lui était applicable. Certains chirurgiens, en effet, incriminant l'urètre, s'adressent aux opérations qui ont pour but de dévier l'urètre ou de le rétrécir ; d'autres, au contraire, considérant comme cause de l'incontinence le prolapsus de la paroi vaginale antérieure et le manque de résistance du périnée, font des opérations destinées à supprimer le prolapsus de la cloison vésico-vaginale et à redonner au périnée la solidité qu'il a perdue.

C'est du reste, disons-le d'ores et déjà, la défaillance du périnée qui est la cause déterminante des prolapsus et, par suite, des troubles urinaires concomitants.

Que la résistance du périnée soit affaiblie pour une cause ou pour une autre, que cet accolement des parois fasse défaut, la cloison vésico-vaginale tombe, entraînant avec elle la vessie et l'urètre ; la paroi recto-vésicale la suit et toutes deux tiraillant sur l'utérus l'entraînent et le font tomber par son propre poids, les ligaments suspenseurs n'étant pas assez puissants pour s'opposer à sa descente.

L'étiologie et la pathogénie de l'incontinence sont donc les mêmes que celles des prolapsus.

Maintenant, comment se produit cette incontinence et quels sont ses caractères ?

Parmi les phénomènes fonctionnels auxquels peuvent donner naissance, dès leurs débuts, les prolapsus génitaux, il faut faire une large part aux troubles urinaires ; on pourrait même dire que l'évolution des prolapsus génitaux est intimement liée à celle des troubles urinaires. Ce sont des notions que la clinique nous apprend et que l'anatomie nous explique.

En effet, c'est toujours par la paroi vésico-vaginale que débute le prolapsus, à de rares exceptions près, et

c'est toujours la partie inférieure de cette paroi dans laquelle se trouve l'urètre qui, placée le plus près de l'orifice vulvaire, est sollicitée à descendre. D'où relâchement de l'urètre qui concourt à la rétention des urines dans le réservoir vésical, puis relâchement du col de la vessie qui lui fait suite immédiatement. L'incontinence se produit.

Mais l'urètre et le col possédant des moyens de fixation et de soutien plus grands que la vessie, qui ne repose que sur un périnée mobile, résistent, et c'est la face postérieure de la vessie qui est entraînée. Alors apparaissent les troubles de la miction par suite de la cystocèle.

Cette incontinence, que l'on observe au début des prolapsus, se présente avec des caractères particuliers: c'est tantôt une fausse incontinence par regorgement survenant lorsque la vessie est trop pleine; dans d'autres cas, lorsqu'il y a en même temps pollakiurie, on a affaire à une autre fausse incontinence; la vessie peut retenir l'urine, mais son excitabilité est exagérée par l'irritation continuelle à laquelle elle est soumise, soit par la congestion qu'entraîne le prolapsus, soit par le contact direct de la tumeur formée par ce prolapsus; d'autres malades enfin éprouvent le besoin pressant d'uriner et sont obligées de le satisfaire aussitôt, sinon l'urine s'échappe.

L'incontinence des femmes atteintes de prolapsus se manifeste généralement au moment où la femme fait un effort quelconque : le rire, la toux, l'éternuement, l'effort fait pour soulever un objet un peu lourd déterminent l'expulsion involontaire de quelques gouttes d'urine. Enfin bien souvent cette incontinence est faci-

litée par les tiraillements et les déviations que peut subir l'urètre.

Bien que le prolapsus s'observe à tout âge et que certains auteurs en aient observé chez des femmes vierges ou n'ayant jamais eu d'enfant, c'est surtout chez la femme adulte et chez celle qui a eu beaucoup d'enfants que le prolapsus s'observe et par suite que l'incontinence se produit.

Maintenant que nous savons dans quelles conditions se produisent les incontinences dues aux prolapsus, il faudrait encore dire un mot sur leur mécanisme.

Selon Milne Murray il y aurait paralysie immédiate des terminaisons nerveuses innervant le muscle vésico-urétral, qui aurait perdu sa contractilité.

D'après Engström, les parois de l'urètre, sous l'influence de grossesses répétées, perdent leur élasticité et ne peuvent plus réagir contre une pression abdominale trop forte.

Dans ce cas, seules seraient utiles les opérations intéressant directement le canal de l'urètre.

Enfin, selon Boursier, l'incontinence d'urine ne reconnaîtrait pour cause que les tiraillements exercées sur la face postérieure de l'urètre par la paroi vaginale inférieure tombante.

Si nous nous reportons aux résultats opératoires des quelques observations que nous citerons plus loin, nous verrons qu'il n'est pas nécessaire de faire intervenir la paralysie des nerfs du sphincter, ni la destruction des fibres musculaires pour la compréhension du mécanisme de cette incontinence.

Il y a incontinence parce que le col de la vessie et la portion de l'urètre qui lui est adjointe sont béants, et cette béance est maintenue par le prolapsus de la cloi-

son vésico-vaginale. Nous allons voir en effet dans les observations qui vont suivre que toutes les malades chez lesquelles on a supprimé ce prolapsus soit par une colporaphie antérieure, soit par une colpopérinéoraphie, soit encore par une réduction manuelle, ont vu l'incontinence d'urine disparaître. Notre première observation est due à la bienveillante obligeance de M. le professeur Soubeyran ; elle est absolument typique et vient à l'appui de l'opinion que nous venons d'exposer :

«... Madame B..., 38 ans, 3 enfants. Prolapsus génital moyen. Col utérin à deux doigts de la vulve. Périnée déchiré en arrière, cloison vagino-rectale mince. La paroi antérieure du vagin bombe à la toux. Au moindre effort et si la malade tousse ou rit, elle perd ses urines.

Le 12 avril 1912, M. le professeur Soubeyran pratique une colporaphie antérieure et une périnéoraphie. Au bout de 12 jours la malade est complètement guérie. Le prolapsus a complètement disparu, l'utérus reste haut et il n'y a plus d'incontinence d'urine. »

Voici maintenant deux observations du Dr Girard-Marchant (Congrès de chirurgie, 1896) :

Observation V

La première malade est une jeune femme de 26 ans, que son médecin, accoucheur distingué, me présenta

comme atteinte d'une fistule vésico-vaginale. Depuis cinq ans, en effet, consécutivement à un accouchement, cette jeune femme perdait ses urines, ou plutôt se sentait constamment mouillée et était obligée de se garnir : sans être morte socialement elle était fort incommodée de cette infirmité. Son médecin avait cherché à plusieurs reprises la fistule sans la trouver, et il supposait que le trajet devait être anfractueux et l'orifice petit, caché autour du col utérin.

Cette incontinence n'était pas absolue : la malade ne perdait qu'une partie de ses urines et c'est surtout dans les efforts, dans les accès de toux, après les fatigues, que s'accentuait cette incontinence. La nuit l'écoulement était moindre, mais persistait.

En examinant cette jeune femme je fus frappé de la béance de la vulve, de la flaccidité des téguments : le col abaissé était gros et ulcéré ; la paroi vaginale antérieure était abaissée et une cystocèle légère accompagnait cette colpocèle antérieure.

Après avoir attaché le conduit vaginal, je recherchai l'orifice fistuleux, mais dans aucun des replis vaginaux, ni autour de l'utérus, il ne me fut possible de déceler la moindre ouverture : les parois vaginales restaient sèches pendant cet examen.

J'injectai alors dans la vessie, d'abord 100 grammes, puis 200, puis 300 grammes de lait, sans que dans aucun point apparût la traînée lactescente, révélatrice d'une communication anormale vésico-vaginale utérine.

J'étais très désappointé de ne rien rencontrer, lorsque je priais la malade de faire un effort, de tousser, et alors je vis l'orifice urétral, pourtant normal, se laisser franchir et teinter par une tache blanche. Le diagnostic était

fait, il s'agissait d'une incontinence d'urine et non d'une fistule.

Le canal de l'urètre me parut absolument normal : seuls, par rang d'importance, la colpocèle antérieure avec cystocèle, la béance vulvo-vaginale, le gros col utérin abaissé, me semblèrent devoir être incriminés pour la pathogénie de cette incontinence.

L'acte opératoire découlait de ces constatations : je pratiquai dans la même séance une amputation du col, une colporaphie antérieure et une périnéoraphie.

Je puis vous dire que la malade est absolument guérie de son infirmité et qu'elle est aujourd'hui consolée « qu'on ne lui ait pas trouvé de fistule ! »

Observation VI

Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, qui est venue me consulter à Tenon, en 1896, pour des crises douloureuses dans le bas-ventre, suivies à brève échéance d'une expulsion considérable de liquide, se faisant brusquement en un temps, par le vagin.

Ce liquide mouille les linges sans les tacher, et n'aurait aucune odeur. Ces crises se répètent tous les cinq ou six jours, parfois tous les quinze jours : elles se produisent soit au lit, soit pendant la marche, et sans qu'aucune circonstance particulière semble présider à leur apparition.

L'examen, que je pratiquai avec le plus grand soin, ne me révéla aucune lésion capable d'expliquer ces pertes. L'utérus était légèrement augmenté de volume, en

rétroflexion réductible ; la vulve béante élargie par cinq accouchements, la paroi vaginale antérieure tombante, le tout chez une femme à paroi abdominale flaccide, avec ectasie gastrique et ptose du rein droit.

Je mis cette malade en observation : il me fut possible ainsi de constater :

1° Que le liquide qu'elle rejetait en quantité notable avait la composition chimique de l'urine ;

2° Qu'après cette expulsion de liquide, le cathétérisme immédiatement pratiqué ne ramenait qu'une quantité très petite d'urine ;

3° Que la sonde à demeure, ou le cathétérisme répété à intervalles réguliers, supprimait les crises douloureuses et l'émission de liquide.

Je pus donc me convaincre par ces recherches qui exigèrent une certaine patience de part et d'autre, que la vessie était le point de départ de cette intolérance.

Ne pouvant rapporter cette singulière incontinence qu'à la cystocèle et à la béance de la vulve (sans qu'il soit possible d'être plus explicite sur cette pathogénie), je pratiquai encore chez cette malade une *colpopérinéoraphie* qui mit fin aux accidents.

Observation VII

(Tirée des Cliniques de Trélat)

La femme D..., 25 ans, entre dans le service le 7 février 1888, sans antécédents héréditaires notables.

Cette femme, bien réglée à 15 ans, s'est mariée en 1881 à 21 ans ; elle devient aussitôt enceinte et accouche le 12 août 1885 ; cet accouchement fut long et difficile et se termina par une application de forceps ; enfant mort-né.

Quinze jours après, la malade se levait et ne ressentait aucune douleur.

Un peu plus tard, un mois après la délivrance, elle ressent des douleurs dans le ventre et des tiraillement dans les reins ; le médecin consulté conseille l'application d'un pessaire. Néanmoins la malade est souvent gênée par l'*incontinence d'urine qui se manifeste pendant les efforts.*

Seconde grossesse en 1886 et en mai 1887. Second accouchement aussi pénible que le premier. Enfant à terme, mais mort-né. Neuf jours après la malade se lève et dès lors elle ressent tous les symptômes antérieurs déjà signalés, sans aggravation. Il n'y a point d'incontinence des matières fécales, mais les douleurs abdominales et lombaires rendent tout travail impossible et on engage cette femme à demander les secours de la chirurgie.

Voilà quel est l'état de ses organes : la partie postérieure de la vulve présente une forme irrégulière ; au niveau de la fourchette, on voit une surface triangulaire, aplatie, muqueuse, sans traces de cicatrices, et glissant facilement sur les parties profondes ; on y trouve une autre surface muqueuse formant un triangle cicatriciel à base inférieure, remontant quelque peu sur la partie du vagin. D'après cet aspect, on peut conclure qu'il y a une déchirure de la muqueuse vaginale et un allongement, une distension du tégument cutanéo-muqueux de la fourchette.

Le corps périnéal et la cloison recto-vaginale ont été atteints.

Les muscles sphincter vulvaire, transverses ont été déchirés sans que la peau ait cédé, de sorte qu'au lieu d'un corps périnéal épais et résistant, les doigts introduits simultanément dans le vagin et dans l'anus ne sentent plus qu'une mince bande musculaire restant du sphincter anal et un périnée purement cutané dont l'étendue est minime et n'a qu'un centimètre tout au plus. La cloison recto-vaginale elle aussi est bien amincie (le releveur anal a dû être déchiré), et elle n'est plus constituée que par l'adossement des deux muqueuses rectale et vaginale.

Le doigt détermine très facilement la production d'une rectocèle et l'ongle est tellement saillant sous cette mince cloison qu'on la croirait prête à se perforer.

Le col utérin est à 4 cm. de la vulve, il regarde en avant, tandis que le fond repose dans la courbure sacrée, signe de rétroversion très marqué. Il existe en même temps une légère flexion du col utérin sur le corps, et, fait très important, l'hystéromètre placé dans l'utérus corrige facilement la rétroversion. Ce mode de correction nous montre que le déplacement est bien dû à des relâchements ligamenteux et non à des adhérences de pelvi-péritonite du replis de Douglas. On observe en outre une légère *cystocèle* qui se dessine assez nettement par la toux et les efforts. On pratique à cette malade avec succès l'opération d'Alexandre et la *colpopérinéoraphie*.

Observation VIII

(Docteur Bazy)

Marie-Joséphine C..., blanchisseuse, âgée de 63 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Delessert, le 29 novembre 1897, pour prolapsus complet de l'utérus.

N'a jamais été malade. A eu sept enfants.

Il y a huit ans, à la suite d'efforts répétés et de violents accès de toux, elle constate une légère descente de son utérus. Elle consulte à ce moment un médecin qui lui conseille l'emploi d'un pessaire.

Comme la malade est forcée de travailler continuellement et que, de plus, elle ne peut supporter le pessaire, elle voit son prolapsus augmenter de jour en jour, si bien qu'elle se décide à entrer à l'hôpital le 29 novembre 1897. On constate actuellement un prolapsus utéro-vaginal complet.

Le col de l'utérus, gros comme un œuf d'autruche, rouge, œdématié, sensible au toucher, présente des ulcérations, fait saillie hors d'une vulve béante agrandie par des accouchements répétés, périnée flasque ; paroi abdominale sans aucune tonicité, entéroptose.

Il y a en outre de la cystocèle. La cloison vésico-vaginale est attirée en bas ainsi que la vessie, et pour pratiquer le cathétérisme on est obligé de mettre la sonde perpendiculairement.

La malade se plaint d'incontinence d'urine, à laquelle

s'est adjointe de la douleur et de la fréquence des mictions.

Elle aurait rendu des grains de sable en urinant.

Les efforts qu'elle fait pour uriner ont déterminé des hémorroïdes assez volumineuses.

On cathétérise la malade et on retire de la vessie une certaine quantité d'urine purulente. En introduisant un explorateur métallique, on a la sensation de choc. La lithotritie est pratiquée et la malade sort le 26 décembre 1871.

Elle rentre le 2 janvier 1898 à St-Louis dans le service du docteur Bazy. *On lui réduit son prolapsus* et le 27 janvier on lui fait une *colpopérinéoraphie*. La malade guérit. Son prolapsus ne s'est pas reproduit et elle ne présente plus d'incontinence d'urine.

Observation IX

(Docteur Bazy. — Hospice de Bicêtre. Salle Nélaton)

Florentine M..., couturière, âgée de 62 ans, a été réglée à 13 ans. Fausse couche de 2 mois 1/2 à 23 ans. Depuis elle souffre toujours de violents maux de reins. Jusqu'à 30 ans a eu 3 enfants.

Le premier accouchement fut pénible et fut cause d'une déchirure périnéale non reconnue.

La ménopause survient à 37 ans.

Déjà soignée à Bicêtre pour une pneumonie avec apoplexie pulmonaire en avril 1894. la malade

rentre à l'hôpital le 18 février 1895 pour de violentes douleurs au ventre. Ces douleurs sont survenues il y a 4 ou 5 ans sans cause connue. Après la marche, sensation de pesanteur, de tiraillements dans les reins.

Depuis 2 ans, la malade sent que son utérus descend, et à part une certaine tendance à rester longtemps sans uriner, elle ne s'aperçoit d'aucun trouble du côté de la vessie.

Depuis 6 mois, la malade étant couchée ou assise, sent son urine s'échapper peu à peu, ou plutôt ne s'aperçoit qu'elle perd son urine que parce qu'elle est mouillée. Il y aurait en même temps, d'après elle, écoulement d'une assez grande quantité de sang.

Depuis 3 mois, l'utérus sort un peu entre les lèvres ; à ce moment, la malade remarque que son jet d'urine n'a plus la direction normale et tend à se redresser. Les douleurs sont toujours plus vives.

Un mois après, elle vient consulter le docteur Bazy qui trouve un prolapsus utérin avec col rouge et enflammé et une cystocèle.

A ce moment-là, à la suite d'un effort ou même de la simple station debout un peu prolongée, la malade sent sortir entre les lèvres deux tumeurs, l'une antérieure, l'autre postérieure. Elle accuse du côté de la vessie de légères douleurs de temps en temps accompagnées de picotements. A ce moment elle ne peut plus uriner, puis, 10 minutes après environ, le besoin d'uriner se fait sentir impérieusement et la malade urine facilement avec les modifications du jet notées plus haut.

Le 21 février, *colpopérinéoraphie*. 12 jours après on enlève les fils et la malade sort guérie le 13 mars 1895.

Observation X

(Albarran. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1891)

Une jeune fille de 17 ans, vierge, perdait ses urines pendant la nuit et durant la journée; l'incontinence chez elle n'était pas complète puisque la malade sentait le besoin d'uriner et pouvait le satisfaire.

Pourtant la perte des urines, même pendant le repos, était assez abondante pour obliger cette jeune fille à être constamment garnie.

Au moindre effort, l'urine s'écoulait plus abondamment. Instruit par le cas de notre malade de la salle Laugier, j'examinai cette jeune fille et je constatai l'existence d'une cystocèle vaginale qui venait faire saillie au niveau de l'orifice semi-lunaire de l'hymen.

Je pratiquai une colporaphie antérieure et je constatai, pendant l'opération, qu'au niveau de la cystocèle, la couche musculaire de la vessie et celle du vagin manquaient complètement; les deux muqueuses étaient accolées l'une à l'autre.

Avant de terminer cette étude sur les incontinences urétrales d'urine chez la femme, nous devons dire un mot sur les incontinences par tumeurs.

Bien que ne rentrant pas dans le cadre de notre étude, ces incontinences par tumeurs, qui sont de fausses incontinences, reconnaissent un mécanisme assez ana-

logue à celui des incontinences par insuffisance du sphincter urétral.

Supposons, en effet, qu'une tumeur quelconque (fibrome, kyste ovarien, etc.) comprime assez fortement la vessie ; il est facile de comprendre que cet affaissement du réservoir vésical va produire en même temps qu'une diminution de capacité de ce réservoir, une augmentation de pression de son contenu.

Dès lors, cette augmentation de pression intravésicale jointe à la pression de la tumeur sur le col de la vessie va forcer l'élasticité de ce col, et il en résultera une insuffisance sphinctérienne urétrale et par suite une incontinence d'urine.

Bien entendu, nous le répétons, nous n'avons plus affaire ici à une incontinence vraie, mais à une fausse incontinence, car dans ce cas la perte involontaire des urines ne constitue plus qu'un épiphénomène coexistant avec une autre affection. Le traitement, par conséquent, portera sur cette affection initiale et il suffira d'opérer la tumeur pour que l'incontinence disparaisse : *sublata causa, tollitur effectus.*

Nous publions ici une observation due à l'obligeance du professeur Soubeyran, qui a trait à un cas d'incontinence par kyste ovarien :

« Demoiselle, 50 ans (Aude) (examinée par le professeur Vires), atteinte d'un gros kyste de l'ovaire (8 à 10 litres) allant à l'appendice xyphoïde. La malade a de l'incontinence d'urine ; elle se mouille tout le temps et n'a pas le sentiment qu'elle a besoin d'uriner.

Le docteur Soubeyran l'opère de son kyste le 25 novembre 1912.

Tout est guéri. »

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Les procédés opératoires employés contre l'incontinence d'urine sont fort nombreux et peuvent se ramener à 5 types principaux :

1° Dérivation du cours de l'urine.

2° Resserrement simple du canal de l'urètre.

3° Resserrement par allongement, déviation, torsion de l'urètre.

4° Plissement de l'urètre (procédé d'Albarran).

5° Restauration du plancher périnéal et résection de la paroi vésico-vaginale.

1° Dérivation du cours de l'urine

a) Procédé de Baker-Brown

Baker enfonce au-dessus de l'urètre un bistouri étroit ou un trocart et pénètre ainsi dans la vessie. Il met une sonde et, quand le nouveau canal peut fonctionner, il ferme l'ancien.

C'est un procédé dangereux et qui met les malades dans l'obligation de porter une sonde à demeure.

En outre, il n'est pas sans danger d'enfoncer un bistouri au-dessus de l'urètre, car il y a dans cette région les plexus veineux de Santorini et le tissu cellulaire sous-péritonéal.

b) Procédé de Rutemberg

Rütemberg fait une fistule sus-pubienne et ferme ensuite l'urètre. Une pelote, facile à maintenir par une ceinture, obture ce nouvel orifice. Ce procédé n'est guère meilleur que la fistule sous-pubienne. Il est facile à exécuter, mais il n'a que cet avantage.

c) Procédé de Jobert-Lamballe et Roze

Ces chirurgiens pratiquent d'abord une fistule vésico-rectale, puis, quand celle-ci fonctionne bien, ils ferment la vulve.

Outre que cette opération est difficile à exécuter, elle n'est pas sans danger et des malades sont mortes de pyélo-néphrite ascendante.

2° Resserrement simple du canal de l'urètre
(Schulze, Vinckel, Franck, Engstrœm, Desnos, Delbet)

a) Procédé de Franck

Franck résèque la cloison urétro-vaginale dans toute son épaisseur en enlevant un lambeau triangulaire dont le sommet, commençant au méat, s'arrête à 1 cm. de l'embouchure de l'urètre à la vessie. Puis, excision du côté de l'orifice vésical d'un lambeau de la muqueuse vaginale en forme d'ellipse. Les bords de la fistule urétro-vaginale qu'il a ainsi formée sont affrontés et suturés au fil d'argent.

b) Procédé d'Engstrœm

Le procédé employé par cet auteur ressemble beaucoup à la colporaphie antérieure. Il fait une incision cunéiforme assez large sur le plan vaginal du septum, commençant au méat et se poursuivant jusqu'au col vésical pour obtenir un lambeau composé de la muqueuse vaginale et de la partie musculaire et conjonctive de ce septum, laissant intacte la muqueuse urétrale. Après l'ablation du lambeau, il réunit les lèvres de la plaie par des sutures transversales.

Par ce procédé on obtient un resserrement sûr de l'urètre, même si la réunion ne se fait pas par première

intention. Dans ce dernier cas, la granulation de la plaie suffit, à elle seule, à rétrécir le canal.

Observation XI

(Hartman, *in* thèse Cottard)

Elisa M..., 64 ans, hospitalisée à Ivry, perd ses urines. La vulve est scléreuse. Colporaphie sous-urétrale en février 1900. Incision en ellipse d'une partie de la muqueuse et de la musculeuse vaginale correspondant à l'urètre et au col vésical. Réunion par 4 crins transversaux. La malade sort guérie, ne perdant plus ses urines. Cette guérison se maintient jusqu'à la mort survenue au mois d'août 1901.

c) Procédé de Delbet

Le principe de ce procédé est l'avivement, sans perte de substance. Le chirurgien fait, sur le plan vaginal et sur la ligne médiane du septum, une incision longue d'environ 8 cm., commençant à 1 cm. du méat et se prolongeant jusqu'au col de l'utérus. Puis il dissèque la muqueuse vaginale, à droite et à gauche, pour obtenir deux lambeaux en forme de croissant, étroits à leurs extrémités et larges de 3 cm., au moins, en leur milieu.

Il conserve les lambeaux et, au lieu de les réunir l'un à l'autre par leur bord libre, il les suture d'abord à leur

base et rapproche ensuite lesdits bords libres sur la ligne médiane, par des points de capiton. Il met plusieurs points de suture. Par ce procédé, on reconstitue au-dessous de l'urètre une solide colonne antérieure vaginale qui donne à ce canal un point d'appui.

L'auteur complète l'opération en mettant un surjet de catgut sur le bord libre de la colonne ainsi formée.

Observation XII

(Delbet. — Résumée)

Multipare de 54 ans ayant une incontinence complète d'urine. Elle tousse fréquemment et à chaque quinte l'urine s'échappe. A l'examen local, on remarque que la colonne antérieure du vagin a disparu et qu'elle est remplacée par une double ligne de tubercules latéraux et une très mince couche de muqueuse.

Un accouchement était la cause de cette disparition. La malade fut opérée par le procédé Delbet le 26 janvier 1895. Le résultat fut assez satisfaisant ; cependant l'auteur dut intervenir une seconde fois, le 26 février, en ayant soin de pousser plus loin la dissection des lambeaux latéraux et de multiplier les points de suture. Cette fois le résultat désiré fut complet.

3e Méthode de resserrement de l'urètre par déviation, torsion, allongement de son axe

Les principaux sont les procédés de Pawlick, Duret, Gernusy, Pousson et d'Albarran.

a) Le procédé de Pawlick consiste à couder l'urètre autour du ligament supérieur, puis à le tendre fortement dans le sens transversal, de manière à accoler ses deux parois l'une à l'autre.

b) Le procédé de Duret consiste à transformer le méat en une pente transversale, le relever jusqu'au voisinage du clitoris, assurer la fermeture du canal, en maintenant ses parois appliquées l'une contre l'autre par l'allongement et la distension de la paroi postérieure. Ce procédé a donné d'excellents résultats.

c) Gernusy a imaginé un très ingénieux procédé qui consiste à faire une torsion de 180° à l'urètre suivant son grand axe, ce qui le transforme, en son milieu, en tuyau de caoutchouc tordu sur lui-même, rappelant ainsi la fermeture de certaines blagues à tabac.

d) Procédé de Pousson

Ce procédé consiste à faire subir une torsion au canal de l'urètre et à relever le méat jusqu'au clitoris.

En voici la technique :

Faire une incision circulaire et à un demi-centimètre de distance des bords du méat, et à partir de cette

incision disséquer le canal de l'urètre sur une étendue de 1 cent. 1/2.

Tâcher de conserver autour du cordon de l'urètre une épaisseur de tissu suffisante pour assurer sa nutrition. Puis inciser verticalement les tissus du vestibule, jusqu'à la base du clitoris. Faire subir au canal un mouvement de rotation sur son axe, de près de 120 degrés, et en même temps l'attirer en avant et fortement en haut, puis le fixer, dans cette position, aux tissus du vestibule par une série de sutures au catgut, occupant seulement les deux tiers de sa circonférence, en forme de fer à cheval.

Réunir par des points les lèvres de la plaie restée béante, à la suite de l'étirement de l'urètre vers le haut, et réparer toute cette région de façon à former un tubercule au-dessus du méat, et donner à ce dernier la forme d'une fente transversale.

Observation XIII

(Pousson. — Résumée)

Femme de 52 ans, encore bien réglée; elle a eu deux couches : depuis la dernière, qui remonte à 18 ans, elle est atteinte d'une incontinence d'urine. Elle se présente à la consultation le 12 juin 1891. A l'examen local, on voit que tout est normal du côté de l'appareil génital, que l'orifice de l'urètre est largement

ouvert; un explorateur à boule n° 30 passe facilement.

La malade fut opérée d'après le procédé de Pousson, le 15 juin.

On a laissé à demeure 48 heures une sonde n° 14. La réunion de la plaie fut prompte ; les jours qui suivirent l'intervention, on constate une légère pollakiurie qui ne tarde pas à disparaître.

e) Procédé d'Albarran

Albarran, comme Pousson, relève le méat jusqu'au clitoris, mais au lieu de faire subir une rotation à l'urètre, il le rétrécit en créant une sorte de crête dans sa lumière.

« Une incision longitudinale part en dessous du clitoris et se prolonge jusqu'au méat qu'elle contourne à droite et à gauche, jusqu'au niveau de son bord inférieur. En ce point, une incision transversale, tangente à la première, permet de séparer deux lambeaux latéraux de forme triangulaire. Dans la portion qui circonscrit le méat, l'incision passe à 3 millimètres de l'orifice, ce qui permet de conserver autour de l'urètre une épaisseur de tissu suffisante pour en assurer la nutrition.

Les lambeaux étant disséqués et relevés avec des crochets, l'urètre est disséqué et isolé jusque après du col de la vessie. Une pince saisit le méat et, l'attirant en bas vers le vagin, permet de bien voir la paroi supérieure de l'urètre.

Je passe alors dans la demi-circonférence supérieure du canal un fil de soie. Ce fil a pour but de plisser la

paroi supérieure de l'urètre de manière à former, dans l'intérieur de l'urètre, un éperon. Pour ce faire, je passe une aiguille de Hagedorn dans la moitié gauche de la demi-circonférence supérieure de l'urètre, et, la faisant ressortir près de la ligne médiane, je parcours, dans la moitié droite de cette demi-circonférence, le même chemin en sens inverse, en ayant soin de ne pas faire pénétrer l'aiguille dans la lumière du canal. Je passe ainsi un premier fil au niveau de la portion la plus reculée de l'urètre disséqué et un second fil au niveau du méat urinaire. Une sonde n° 15 est alors introduite dans la vessie et les deux fils, successivement noués, sont coupés au ras du nœud. Dans le calibre rétréci de l'urètre, fait saillie l'éperon.

Cette première partie de l'opération terminée, je relève le méat urétral jusqu'au-dessous du clitoris et les lambeaux latéraux qui étaient soulevés par des crochets sont rabattus. Un point de suture fixe alors le bord du méat au-dessous du clitoris. Les deux bords libres des lambeaux sont suturés l'un à l'autre et donnent ainsi un point d'appui à la portion inférieure de l'urètre. »

Le procédé d'Albarran est, comme on le voit, un procédé de plissement très ingénieux, et, comme il nous paraît le procédé de choix (lorsque on est obligé d'agir sur l'urètre), nous nous sommes permis d'entrer un peu dans les détails de la technique de cette opération.

Voici l'observation d'un malade opéré par le procédé d'Albarran :

Observation XIV

(Albarran. — Résumée)

Femme de 49 ans, ayant eu quatre enfants. Elle se présente avec une incontinence complète d'urine. L'examen local montre une grande dilatation de l'urètre et une légère chute de la paroi antérieure du vagin. Une électrothérapie prolongée n'a donné aucun résultat.

Albarran se décide à l'opérer. Une sonde est laissée à demeure pendant une semaine. Mais le résultat n'est pas parfait. La malade couchée garde ses urines, mais elle les perd debout. Albarran attribue ce résultat imparfait à deux causes : ou l'incurvation de l'urètre obtenue par l'opération ne s'est pas complètement maintenue, ou la contractilité du sphincter a disparu ainsi que l'a révélé l'examen électrique.

4° Restauration du plancher périnéal et résection de la paroi vésico-vaginale

Lorsqu'il s'agit d'une incontinence d'urine liée à un prolapsus, les opérations de correction urétrale ne produisent aucun effet, seule la colporaphie antérieure et la périnéoraphie sont indiquées.

Telle est l'opinion émise par Pozzi en 1892 à la So-

ciété de chirurgie au sujet de la communication de Pousson sur les opérations de correction urétrale.

Certains chirurgiens ne sont pourtant pas absolument partisans des conclusions de Pozzi ; Boursier en particulier dit avoir pratiqué une colpopérinéoraphie chez une malade ayant de l'incontinence d'urine causée par un prolapsus génital et n'avoir obtenu aucun résultat : la malade perdait ses urines après l'opération comme avant.

Quoi qu'il en soit, la colpopérinéoraphie nous paraît l'opération de choix des incontinences d'urine liées au prolapsus, car elle s'attaque à la cause même de ce prolapsus et la supprime.

Cependant, dans le cas opéré par Boursier, elle n'a pas réussi.

Il est toujours temps alors de s'adresser directement à l'urètre et de pratiquer l'opération d'Albarran, qui est de beaucoup préférable à tous les procédés de déviation, de torsion et d'allongement de l'axe de l'urètre.

CONCLUSIONS

I. — L'incontinence d'urine chez la femme a des origines multiples. A côté des incontinences classiques que l'on peut rencontrer chez la femme, il en existe tout un groupe dépendant de l'urètre et dues soit à des lésions, soit à des déviations de ce canal produites indirectement par des lésions juxta-vésicales.

II. — Nous avons étudié deux variétés intéressantes de cette incontinence d'urine uréthrale :

1° L'incontinence d'origine traumatique qui se produit à la suite des dilatations pathologiques ou chirurgicales, de l'accouchement, des opérations obstétricales, de la taille urétrale ;

2° L'incontinence liée au prolapsus génital qui s'observe principalement chez les femmes adultes ou âgées et surtout chez celles qui ont eu des enfants ou dont les accouchements ont été laborieux.

Nous avons vu, en étudiant cette question et dans les diverses observations que nous avons publiées à ce sujet, que cette incontinence est inconsciente et peut être diurne ou diurne et nocturne, ou seulement se produire

pendant l'effort. Elle est spontanée et ne reconnaît que le manque de résistance du périnée qui provoque le prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

III. — En cas de destruction fonctionnelle, c'est-à-dire d'incontinence d'urine d'origine urétrale, on remédiera à cette infirmité en se souvenant des principes essentiels suivants :

1° Rétrécir la lumière du canal de l'urètre ;

2° Augmenter sa courbure ;

3° Lui donner un soutien résistant.

Les divers procédés que nous avons exposés dans le traitement répondent avantageusement à ces considérations, mais l'opération d'Albarran est l'opération de choix.

IV. — Quant à l'incontinence d'urine liée au prolapsus génital, les opérations qui auront pour but de supprimer le prolapsus de la paroi vaginale antérieure et de refaire le périnée seront les opérations de choix.

La colporaphie antérieure et la périnéoraphie sont seules utiles pour le traitement de cette incontinence.

Dans le cas où elles échoueraient, il serait toujours temps de compléter par une opération sur l'urètre.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Annales des maladies des organes génito-urinaires.

Boursier. — Congrès de Genève, 1896.

Cottard. — Thèse de Paris, 1906-1907, p. 63.

Delbecque. — Contribution à l'étude de la restauration de l'urètre chez la femme (Thèse de Paris, 1892).

Delbet. — Journal des praticiens, 16 avril 1896.

Desnos. — Annales des maladies des organes génito-urinaires.

Duret. — Journal des Sciences médicales de Lille, janvier 1891.

Engstroem. — Berliner klinische Wochenschrift, 1887.

Etienne. — Thèse de Nancy, 1880.

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris, 1894.

Legueu. — Xe Congrès de chirurgie, 1896.

Labadie-Lagave et Legueu. — Traité de gynécologie.

Girard-Marchant. — Presse médicale, 1896.

Joubareff. — Opération contre l'incontinence d'urine (Journ. obst. et de gyn., 1898).

Plasteau. — Annales des maladies génito-urinaires, 1897.

Progrès médical, 1912, n° 24.

Polaillon. — Bulletin Société chirurgie, juin 1890.

Pousson. — Archives cliniques de Bordeaux, janvier 1892.

Pozzi. — Gazette médicale. Paris, 1888.

Trélat. — Cliniques.

Verneuil. — Gazette des hôpitaux, 27 avril 1882, et Bulletin Société chirurgie.

Winckel. — Ein Illustration zur den Operatives für Methoden der nach harnörhren Dilatation beim Weibe custandenen incontinentia urinae (Münch. med. Woch., janvier 1886, n° 1).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juin 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 juin 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE